

Remettre la requête originale à l'utilisateur

## IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier du CISSS de Laval :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

Pour des fins d'accessibilité, l'utilisateur(ère) accepte que pour un examen couvert par la RAMQ, il est possible qu'un partenaire du réseau communique avec lui afin de lui offrir une plage de rendez-vous.

Les informations demandées ci-dessous sont ESSENTIELLES à l'exécution de l'examen, à la qualité de l'interprétation et à la sécurité du bénéficiaire.

Nous vous remercions de votre collaboration.

### NÉPHROTOXICITÉ

### ALLERGIE

DFGe requise si présence d'un de ces facteurs de risque :

Facteur de risque/ATCD : Oui  Non  si oui, lequel/lesquels?

ATCD maladie rénale (IRC, antécédent d'IRA, chirurgie rénale, protéinurie) OU

Diabétique

DFGe valide dans les 6 derniers mois

DFGe : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Attendre résultat de DFGe

Procéder sans DFGe

L'utilisateur a-t-il une allergie connue à l'iode ?  OUI  NON

Si oui, prescrire la préparation suivante :

- Prednisone 50 mg PO 13h, 7h et 1h avant l'examen
- Diphenhydramine 50 mg PO 1h avant l'examen

## Renseignements clinique obligatoires :

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Oui	Non		Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloc AV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrillation auriculaire, rép. ventriculaire _____ bpm
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sténose aortique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie au Métopropol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angioplastie coronarienne (tuteur/stent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité / allergie à la nitroglycérine
		Si oui, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise de Sildenafil ou un médicament similaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre chirurgie cardiaque / intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historique d'allergie aux substances de contrastes
		Si oui, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, spécifiez : _____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Prescription Métopropol donnée à l'utilisateur

\*Acheminer le formulaire de « demande d'intervention ou de traitement en médecine de jour » au # de télécopieur indiqué sur le formulaire de demande.

\*\*Prescription Métopropol donnée à l'utilisateur.

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

FC \_\_\_\_\_ bpm TA \_\_\_\_\_ mmHg

\*\*Le Métopropol a été démontré efficace et sécuritaire pour diminuer le rythme cardiaque tout en régularisant le rythme (objectif < 60 bpm, régulier).

S'il n'y a pas de contre-indication, SVP le prescrire à l'utilisateur en 3 doses, la posologie peut varier selon sa FC de base.

Nous suggérons 25mg si RC 55-65bpm ou 50mg si RC  $\geq$  65bpm, à prendre en comprimé po

1ère dose le soir précédant le jour de l'examen.

2e dose le matin du jour de l'examen, toute forme de caféine est interdite avant l'examen.

3e dose, doit l'avoir avec lui et la prendre une fois à l'hôpital en médecine de jour.

J'ai revu avec le médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen. : Oui  Non

Signature de l'utilisateur

Signature du médecin:

Numéro permis:

Date :

Adresse :